

健康診断受診票

Health Checkup Questionnaire

受付番号

【学生基本情報】※学生記入欄

Please fill in the required items.

| | | | |
|---|--|---|---|
| 学校名 Student's ID フリガナKana 氏名Name | 小樽商科大学 Otaru University of Commerce | 受診年月 The Day of The Health Check 生年月日 Date of Birth 出生性別 ASSIGNED SEX AT BIRTH | April ___, 2026 歳 Age 女性Female / 男性Male |
|---|--|---|---|

【健康調査】※学生記入欄 Health Condition Questionnaire

Please answer the following. Check corresponding answers.

| | | | |
|--|---|--|--|
| Past Medical History, Subjective Symptoms and Etc. 既往歴, 自覚症状等 | (1) 以前にかかったことがある主な病気について教えて下さい。Have you ever had a serious illness? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of disease :) | | |
| | (2) 現在、治療あるいは定期的な診察・検査を受けている病気やけがなどがありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of medical condition :) Are you currently under medical treatment? | | |
| | (3) 食品や薬剤などのアレルギーはありますか？Are you allergic to any foods or medications? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (原因What is it? :) Do you have an Epinephrine autoinjector? <input type="checkbox"/> いいえ NO <input type="checkbox"/> エピペン ^注 は携帯していますか？ <input type="checkbox"/> はい YES | | |
| | (4) 障害の有無および、認定を受けている場合は等級を記載してください。Do you have any disability? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (障害種類What is it?) Only for Japanese ↓ 等級 :) | | |
| | (5) 最近、気になる症状や体調不良がありますか？Recently, do you have any subjective symptoms? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (具体的にplease describe:) | | |
| Habits 生活習慣の状況 | (1) 朝食は食べますか Do you eat breakfast everyday? <input type="checkbox"/> ① 毎日食べる Yes. <input type="checkbox"/> ② 時々食べる No, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほとんど食べない No, hardly ever. | | |
| | (2) 運動習慣は？Do you take exercise regularly? <input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日運動する Yes. <input type="checkbox"/> ② 時々運動する No, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほとんどしない No, hardly ever. | | |
| | (3) 喫煙しますか？Do you smoke? <input type="checkbox"/> ① すわない No. <input type="checkbox"/> ② やめた No, quit. <input type="checkbox"/> ③ すう Yes. | | |
| | (4) 飲酒しますか？Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ① 飲まない No. <input type="checkbox"/> ② たまに飲む Yes, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほぼ毎日飲む Yes, almost every day. | | |
| | (5) 平均的な睡眠時間はどれにあてはまりますか？Which of the following best describes your average sleep duration? <input type="checkbox"/> ① 5時間未満 Less than 5 hours <input type="checkbox"/> ② 5～6時間未満 5 to less than 6 hours <input type="checkbox"/> ③ 6～7時間未満 6 to less than 7 hours <input type="checkbox"/> ④ 7～8時間未満 7 to less than 8 hours <input type="checkbox"/> ⑤ 8～9時間未満 8 to less than 9 hours <input type="checkbox"/> ⑥ 9時間以上 9 hours or more | | |

心身の健康について相談したい事がありますか？Would you like to consult a doctor about your health?

ない NO あり YES → (内容The contents of a consultation :)

注) エピペンとはアレルギーによるショック（アナフィラキシーショック）を防ぐための自己注射薬です。

【検査項目】※検査員記入欄 Only a staff will fill it out this section.

| | | | | | | |
|------------|---|-----|------|-------------|-------------|-------|
| 身長 | | | cm | 尿検査 | 備考 | |
| | | | | | | |
| 体重 | | | kg | 血圧 | 1回目 (脈拍) | / (回) |
| | | | | | | |
| 視力 (矯正) | 右 | () | 胸部X線 | 2回目 (脈拍) | / (回) | |
| | 左 | () | | No. | | |

【診察所見】※医師記入欄 Only a doctor will fill it out this section.

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| < 所見 > | | < 判定 > | | コメント等 | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> 結膜貧血 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 肺雜音 <input type="checkbox"/> その他 () 問題なし | | 問題なし . 経観 . 精検 . 治療中 問題なし . 経観 . 精検 . 治療中 | |
| | | | | 医師サイン又は押印 | |